

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 15

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

THROMBUS VULVAIRE

ET DE SON TRAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 28 Novembre 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE THIBAUDIER

*Ancien externe des Hôpitaux de Lyon
Chevalier de la Légion d'honneur*

Né le 1^{er} janvier 1895, à Rive-de-Gier (Loire).



LYON

ANCIENS ÉTABLISSEMENTS LEGENDRE

14, rue Bellecordière, 14

—
1921



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 15

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

THROMBUS VULVAIRE

ET DE SON TRAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 28 Novembre 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE THIBAUDIER

*Ancien externe des Hôpitaux de Lyon
Chevalier de la Légion d'honneur*

Né le 1^{er} janvier 1895, à Rive-de-Gier (Loire)



LYON

ANCIENS ÉTABLISSEMENTS LEGENDRE

14, rue Bellecordière, 14

—
1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

DOYEN HONORAIRE..... MM. HUGOUNENQ.
DOYEN J. LEPINE.
ASSESEUR ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		BÉRARD.
Clinique neurologique et psychiatrique.....		X...
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		NICOLAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		LEPINE (J.).
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....		WEILL.
Clinique des maladies des femmes.....		LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....		ROCHET.
Chimie biologique.....		NOVÉ-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....		MOREAU.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne.....		LATARJET.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....		POLICARD.
Anatomie pathologique.....		DOYON.
Médecine opératoire.....		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....		MOURIQUAND.
Médecine légale.....		PAVIOT.
Hygiène		VILLARD.
Thérapeutique		ARLOING (F.).
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN.
		COURMONT (P.).
		PIC.
		FLORENCE (A.).

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — Accouchements	COMMANDEUR.
— — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Botanique	BRETIN.
Embryologie	HOVELACQUE.
Stomatologie	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	GARIN.	DUROUX.	CORDIER.
BRETIN.	SAVY.	HOVELACQUE.	ROUBIER.
LERICHE.	FROMENT.	TRILLAT.	FAVRE.
THEVENOT (LÉON).	THEVENOT (LUCIEN)	SARVONAT.	MURARD.
TAVERNIER.	PIERY.	FLORENCE (G.).	BONNET.
CADE.	COTTE.	ROCHAIX.	GRAVIER, chargé des fonctions.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COMMANDEUR, *Président* ; LERICHE, *Assesseur* ;
MM. TRILLAT et BONNET, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

JOSEPH THIBAUDIER

ETUDIANT EN PHARMACIE

ASPIRANT AU 11⁶ BATAILLON DE CHASSEURS

DÉCORÉ DE LA MÉDAILLE MILITAIRE ET DE LA CROIX DE GUERRE

Tué à l'ennemi, le 19 juillet 1918, à Rassy (Aisne)

A MON PERE

ET

A MA MERE

En témoignage de mon infinie reconnaissance.

A MA GRAND-MERE

A MES SOEURS

A MON MAITRE

LE DOCTEUR PLAUCHU

MÉDECIN-ACCOCHEUR DES HOPITAUX DE LYON

Pendant les six mois que nous avons passé dans son service, en qualité d'externe, il n'a cessé de nous témoigner sa bienveillance et de nous aider de ses conseils. Il nous a indiqué le sujet de notre thèse et guidé dans son exécution. Nous l'en remercions ici très vivement, et lui exprimons notre respectueuse reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR COMMANDEUR

*Nous le remercions des observations
qu'il a bien voulu nous communiquer et
de l'honneur qu'il nous a fait en accep-
tant de présider notre jury.*

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MES MAÎTRES

DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

Pendant le semestre d'externat que nous venons de passer dans le service du Docteur Plauchu, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, nous avons eu l'occasion d'observer un cas absolument typique et très net de thrombus vulvaire immédiatement après l'accouchement. Nous avons pu suivre, au jour le jour, la marche de l'affection ; les discussions de traitement auxquelles elle a donné lieu et la rareté de travaux récents parus sur la question nous ont incité, sur les conseils de notre maître, le D^r Plauchu, à en faire le sujet de notre thèse.

Nous avons pu recueillir dix-huit observations, dont une est personnelle et six sont inédites. Les autres ont été publiées dans les thèses de Bories et de Champeau.

Nous profitons de l'occasion pour remercier le D^r Bardin, de Rive-de-Gier, qui a bien voulu nous communiquer l'observation d'un cas qu'il eut à soigner dans sa clientèle.

Nos remerciements iront enfin à nos maîtres qui

nous ont enseigné la pratique médicale et guidé à l'hôpital : les D^{rs} Delore et Devic et, pendant nos trois années d'externat : le D^r Rollet, D^r Gayet, D^r Bonnamour, D^r Durand, D^r Barjon, D^r Savy et D^r Plauchu. Nous les assurons tous de notre respectueuse reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Définition et classification

Les thrombus vulvaires et vaginaux sont des infiltrations cellulaires sanguines, consécutives à la déchirure de vaisseaux plus ou moins importants.

La dénomination n'est donc pas exacte, puisque thrombus signifie coagulation sanguine dans l'intérieur d'un vaisseau. Si on continue à employer ce terme, donné par Legouais en 1821, c'est par pure tradition. On devrait, en réalité, dire : hématome vulvaire et vaginal.

On divise les thrombus en puerpéraux et non puerpéraux. Ces derniers, signalés par Deneux, accoucheur de la Duchesse de Berry, sont rares et presque toujours d'origine traumatique. Ils acquièrent rarement un volume très considérable et guérissent généralement par résorption après un temps plus ou moins long.

Parmi les thrombus puerpéraux, nous ne citerons

que pour mémoire le thrombus cervical et le thrombus pédiculé du vagin.

Le thrombus cervical n'est pas, à proprement parler, un thrombus : quand la tête fœtale a du mal à s'engager, la lèvre antérieure du col peut être fortement pincée contre le pubis, d'où formation d'une sorte de bosse séro-sanguine qui distend cette lèvre à l'excès. Il s'agit d'un œdème suraigü du tissu cervical avec hémorragie localisée plutôt que d'un véritable hématome. C'est une lésion ordinairement peu grave, mais qui peut aboutir à un sphacèle étendu du col.

L'hématome pédiculé du vagin, surtout étudié par Budin et Lenief, se présente sous la forme d'une tumeur rouge noirâtre, faisant plus ou moins saillie hors de la vulve et s'insérant toujours sur la paroi postérieure du vagin. Ce qui fait surtout l'intérêt de ces tumeurs sanguines, c'est leur pédiculisation. Budin — et Bar accepterait volontiers cette interprétation — pense qu'elle est due à un vestige de bifidité du vagin ; la paroi postérieure de ce conduit porterait une ébauche de cloison, renfermant des vaisseaux qui éclateraient au moment de l'accouchement.

Mais le vrai thrombus puerpéral comprend trois variétés : thrombus pelvi-abdominal, thrombus vaginal pur et thrombus vulvo-vaginal. Ce dernier constitue la variété la plus importante et la plus intéressante à connaître en raison des dangers immédiats d'hémorragie et des dangers tardifs d'infection auxquels elle expose la malade. Elle n'est pas moins

intéressante par sa pathogénie qui a été fort discutée et par les erreurs de diagnostic auxquelles elle a parfois prêté.

C'est à cette variété vulvaire que nous bornerons notre étude.

CHAPITRE II

Historique

Le thrombus est une affection signalée depuis les temps les plus anciens. Hippocrate, en parlant des usages thérapeutiques du vinaigre, écrit dans son traité « De l'usage des liquides » : « Le vinaigre convient aux plaies récentes, aux thrombus, aux cas où il y a noirceur des parties génitales » (cité par Bories, dans sa thèse).

C'est Rueff, de Zurich, qui, en 1554, donna le premier une notion précise de l'affection. Puis Veslingius, de Padoue (1664), Peu (1694), Mauriceau (1703) en publièrent des observations.

En 1734, Kronauer, de Bâle, fait paraître un mémoire sur la question. En 1812, Boër reprend cette étude et Audibert publie la première thèse, renfermant huit observations, les seules que l'auteur ait pu recueillir.

En 1821, Legouais, dans le dictionnaire en 60 volumes, donne le nom de thrombus à l'hématome

vulvo-vaginal. Mais ce terme ne prévalut réellement que lorsqu'il eut été patronné par Velpeau (thèse de concours, 1833).

De nouvelles observations furent apportées par Siebenhaar (1824), Chaussier, Mme Lachapelle, Dewes, Trumpfer, etc.

Le Professeur Deneux, de Paris, fait paraître, en 1830, une longue monographie, dans laquelle il rapporte trois observations personnelles relevées en quarante ans de pratique. Mais il eut tort de méconnaître trois faits importants publiés à Lyon, par Martin le jeune, en 1819, en 1820, en 1824 et dont ce dernier fit, plus tard, le sujet d'un mémoire intéressant (1835).

Puis vinrent les travaux de Blot (Thèse d'Agrégation de 1853), de Récamier (*Journal de Médecine et Chirurgie pratiques*, d'octobre 1855) ; de Populus (Thèse de Paris, 1857) ; de Laborie (Mémoire de 1860).

Il faut venir à la thèse de Perret (1864), pour trouver une notion un peu neuve, introduite dans la question du thrombus. Il s'est surtout attaché à élucider le mécanisme de la tumeur sanguine. Nous verrons plus loin ses idées à ce sujet.

Enfin, parmi les auteurs qui, dans ces cinquante dernières années, se sont occupés de la question, nous citerons : Hervieux, dans son *Traité des Maladies puerpérales* (1870) ; Mme Sasonoff et Lwoff (1886) ; Cadilhac, de Montpellier (1894) ; Devoir et Schachman, de Paris (1897) ; Mme Stepanoff (1901) ;

Bories (1904) ; Max Georges (1910) ; le Prof^r Pinard (1911) et Champeau, dans sa thèse de 1914 ; celui-ci a étudié, en bloc, les thrombus vulvo-vaginaux et vaginaux purs. Nous lui avons emprunté quelques observations.

CHAPITRE III

Observations

OBSERVATION I

(Personnelle)

Maternité de l'Hôtel-Dieu de Lyon (D^r PLAUCHU)

Mme Cl... Marie-Angèle, 30 ans, primipare.

Aucune maladie antérieure à signaler. A été réglée à 14 ans, régulièrement depuis.

Les dernières règles datent du 25 novembre 1920. On ne trouve aucun incident à signaler au cours de la grossesse ; il n'y a pas eu d'albumine dans les urines.

On peut cependant noter une légère pâleur habituelle de la peau et des muqueuses.

La malade a été vue, à la consultation de la Maternité, le 6 août 1921. On note, à ce moment, une présentation du sommet dos à droite et en arrière. La tête est fixée. On entend les bruits du cœur fœtal à droite.

Le 11 septembre, à 20 heures, début des douleurs.

Entrée à la salle de travail le 12 septembre, à 10 heures : les douleurs se suivent régulièrement à ce moment de cinq en cinq minutes.

Le 12 septembre, à 20 heures, rupture spontanée de la

poche des eaux. Un quart d'heure après, apparition des douleurs expulsives.

A 21 heures, accouchement normal d'une fille, bien constituée, pesant 3.000 gr. Au moment du dégagement, on s'aperçoit que la grande lèvre droite est légèrement tuméfiée. Mais cela ne gêne en rien le passage de la tête fœtale.

A 21 heures 40, délivrance normale : il y a cependant rétention d'une légère partie du chorion. Le placenta pèse 640 gr. On fait une injection intra-utérine à la solution de Tarnier. L'œdème de la grande lèvre droite persiste toujours.

Vers 22 heures la malade s'endort.

Le 13 septembre, vers 1 heure du matin, la parturiente appelle la sœur de garde. Elle éprouve depuis quelque temps des douleurs violentes au niveau de la région périnéale. Ces douleurs, d'abord sourdes, sont allées en augmentant et donnent actuellement à la malade l'envie de pousser.

A l'examen, on s'aperçoit alors que la grande lèvre droite est très tuméfiée. Il existe de l'œdème de la peau avec une très légère coloration ecchymotique. Cet œdème s'étend autour de l'anus sur la marge droite. Il est dur, tendu et ne garde par l'empreinte du doigt.

Il n'y a pas d'écoulement par la vulve.

La malade est pâle ; mais elle l'était déjà avant l'accouchement.

Le poulx est bien frappé, à 100.

En écartant les lèvres de la vulve, on voit une éraillure sur la partie interne de la grande lèvre droite, correspondant à la tuméfaction, mais sans écoulement sanglant, et sans perforation pénétrante.

On pratique le toucher vaginal à ce moment. On constate que la grande et la petite lèvres droites sont tendues et que la tuméfaction remonte jusqu'à la partie moyenne du vagin, où elle semble bien limitée par un sillon. On atteint très facilement cette limite supérieure avec le bout de l'index.

Le toucher rectal montre du côté droit de l'anus une tuméfaction rénitente, dont on délimite également nettement le bord supérieur, et qui semble correspondre à une fosse ischio-rectale infiltrée de sang. Pas de pulsativité.

Pas de crépitation sanguine.

Pas de fluctuation.

On pose le diagnostic de thrombus fermé vulvo-périnéal puerpéral.

Pendant l'examen, les douleurs vont en augmentant et font pousser des gémissements à la malade.

On lui fait une injection de un centigramme de morphine.

A 7 h. 30 du matin, la tuméfaction a considérablement augmenté de volume. Elle occupe toute la grande lèvre droite, fait bomber le périnée, s'étend sur toute la marge droite de l'anus et remonte jusqu'au losange de Michaëlis. L'anus baille légèrement. Son volume semble être celui d'une tête de fœtus et on évalue son contenu à 5 ou 600 grammes de sang.

La teinte des téguments a changé de façon notable : toute la région vulvaire, périnéale et anale droite a pris une coloration vineuse, caractéristique de l'ecchymose.

La peau est tendue, luisante ; sur elle, on voit de petites phlyctènes de la grosseur d'une tête d'épingle, remplies d'un liquide roussâtre. De plus, il existe trois éraillures, à travers lesquelles il ne se produit aucun écoulement sanguin.

La malade est toujours très pâle. Le pouls est à 104.

Les douleurs sont un peu moins vives que pendant la nuit.

A 17 heures, le volume de la tuméfaction n'a pas augmenté. Les téguments paraissent moins tendus que ce matin.

La coloration a encore augmenté d'intensité. Toute la région vulvaire et anale est noirâtre. Dans la région périnéale et fessière, nombreuses phlyctènes, dont certaines ont la dimension d'une pièce de 20 sous.

Les douleurs ont disparu depuis midi environ. Elles ont duré une douzaine d'heures. La malade est moins pâle. Le pouls est à 92.

La malade n'a pas uriné depuis cette nuit.

Le 14 septembre, à 9 heures du matin, le volume de la tuméfaction est stationnaire. La tension a beaucoup diminué. La teinte ecchymotique noirâtre est surtout accusée au niveau de la région périanale. L'ecchymose s'étend, actuellement, réticulée, jusqu'au sacrum, occupe toute la fesse droite jusqu'à l'épine sciatique et s'étend du côté gauche de l'anus sur une distance de 3 à 4 centimètres environ. Il y a toujours des phlyctènes.

La température, qui était hier au soir de 38° est tombée ce matin à 37°5.

Se basant sur la disparition complète des douleurs, sur la diminution de tension de la tuméfaction et sur l'absence de température, indiquant la non-infection de la poche, on décide d'attendre quelques jours, pendant lesquels le thrombus pourra se résorber.

Le 20 septembre, la tuméfaction a considérablement diminué de volume. Mais la température oscille actuellement entre 37°5 et 38°5, traduisant un peu de subinfection utérine. Craignant de créer une porte d'entrée à l'infection en intervenant, on décide d'attendre encore avant d'ouvrir la poche.

Le 23 septembre, la température tombe progressivement. La tuméfaction n'atteint plus maintenant que le volume d'une petite orange. Elle n'est plus diffuse comme les premiers jours, mais collectée à la grande lèvre droite et à la marge droite de l'anus. Elle est légèrement fluctuante. Les éraillures et les phlyctènes, qu'elle présentait au début, ont complètement disparu. La teinte ecchymotique diminue elle-même petit à petit.

La malade désirant quitter l'hôpital le plus rapidement possible, pour raisons personnelles, on décide de faire une ponction le lendemain matin.

Le 24 septembre, ponction au trocart de la tuméfaction. On ne parvient à retirer que cinquante grammes environ de sang noir. Les caillots obstruent le trocart très rapidement.

Le 28 septembre, la tuméfaction n'ayant aucune tendance à la résorption et la température étant montée au-dessus de 38° depuis la ponction (l'utérus étant hors de cause), on décide de faire une incision large de l'hématome.

On fait sur la face interne de la grande lèvre droite une incision d'environ 6 centimètres de long. On évacue de la poche de gros caillots organisés pesant près de 250 grammes.

La cavité, qui résulte de cette évacuation, pourrait loger une grosse orange. On tamponne cette cavité avec une mèche.

Les jours suivants, la température tombe progressivement. La cavité se comble petit à petit.

Le 10 octobre, la malade sort complètement guérie de l'Infirmerie de la Maternité.

OBSERVATION II

(Inédite)

due à l'obligeance du D^r BARDIN, de Rive-de-Gier

Mme S..., de St-Martin-la-Plaine, 22 ans, primipare.

Rien à signaler dans ses antécédents. Bonne santé antérieure. Grossesse normale.

Le 20 décembre 1913, au moment des douleurs expulsives, la sage-femme, qui assistait la parturiente, a vu se former en quelques minutes, au niveau de la grande lèvre droite, une « poche de sang » qui alla progressivement en augmentant. La tumeur atteignit en quinze ou vingt minutes le volume d'une grosse orange, obstruant complètement l'orifice vulvaire. « Ne sachant de quoi il s'agissait », la sage-femme fait demander l'assistance d'un médecin.

A l'arrivée, on constate un volumineux thrombus vulvo-périnéal occupant la grande lèvre droite, gonflant le périnée. La tumeur est violet foncé, non fluctuante, crépitant sous le doigt.

La tête de l'enfant est en occipito-pubienne, prête à sortir, mais se trouve depuis 3 heures dans cette position, le thrombus empêchant l'expulsion. La parturiente n'a du reste plus de douleurs ; elle est légèrement shokée, le pouls est rapide, le facies pâle. Une auscultation attentive ne permet pas d'entendre les bruits du cœur du fœtus.

On termine le plus rapidement possible par une application de forceps ; on ramène facilement un enfant, mort vraisemblablement depuis quelque temps, et qu'il est impossible de ranimer. De suite après la sortie de l'enfant, la délivrance a lieu sans incident.

Mais, au moment du passage de la tête à l'orifice vulvaire, le thrombus s'est rompu sur sa face interne. Il s'écoule un peu de sang noir, mais les caillots sont adhérents sur tout le pourtour de la poche.

On fait une injection vaginale à la solution de Tarnier, on tamponne la déchirure à la teinture d'iode, aussi profondément

que possible. La parturiente est remise dans son lit, avec de gros pansements humides, au permanganate de potasse, appliqués au niveau du thrombus.

Les jours suivants, fièvre qui prend rapidement l'allure d'une fièvre puerpérale septicémique : frissons, facies péritonéal, ventre ballonné, rapidité du pouls, etc.

On fait un, puis deux et trois abcès de fixation. Au bout d'une dizaine de jours, crachats hémoptoïques, point de côté violent (infarctus du lobe pulmonaire inférieur gauche). Cependant, au bout de deux mois, tout finit par rentrer dans l'ordre.

Quant au thrombus, il s'élimina par fonte purulente des caillots. Des pansements humides au permanganate de potasse furent maintenus en permanence. Chaque jour, on donna des injections vaginales sous faible pression, la canule introduite entre les grandes lèvres, mais pénétrant le moins loin possible dans le vagin.

Au bout de 6 semaines, il n'en resta plus trace.

Trois ans après, la malade accoucha, sans incident, d'un enfant vivant et bien portant.

OBSERVATION III

(Inédite)

(Service de M. le D^r COMMANDEUR, Charité)

Cl. A..., 22 ans, primipare.

Crises de rhumastime articulaire aiguë dans son jeune âge.

Réglée à 14 ans, régulièrement et abondamment.

Les dernières règles datent du 19 au 22 mars 1910.

Vient à la consultation de la Maternité le 25 décembre 1910.

A l'examen, tête mobile au détroit supérieur HU = 27 cm. — OIGA. — Bruits du cœur normaux. Pas d'albumine dans les urines.

Entre à la salle de travail, le 31 décembre 1910, à 5 h. 30 du matin, accusant des douleurs depuis la veille, à 20 heures.

Au palper, présentation mobile au détroit supérieur en OIGA.

Bruits du cœur normaux.

Poche des eaux intacte. Col dilaté à 2 francs. Le promontoire est légèrement saillant à 10,5. On fait facilement le tour du détroit supérieur. On a affaire à un bassin généralement rétréci.

Les douleurs surviennent régulièrement toutes les 3 à 4 minutes.

A 14 heures, les douleurs deviennent expulsives. On pratique la rupture artificielle de la poche des eaux.

A 16 heures 50, la dilatation est complète.

A 18 heures 30, le périnée s'œdématie. On aide au dégagement en accrochant les bosses frontales et la femme accouche spontanément à 18 heures 50. Aussitôt après l'accouchement, on constate, au niveau de la commissure postérieure, un œdème qui augmente à vue d'œil, prenant une teinte violacée et acquérant le volume d'un petit croissant. La femme ressent de légers picotements à ce niveau. La délivrance se fait sans incidents 30 minutes après.

Cette tuméfaction périnéale disparut assez rapidement, faisant place à une tuméfaction œdémateuse de la base de la grande lèvre gauche, de coloration rouge foncé.

La petite lèvre droite présente également un œdème qui occupe toute son étendue avec une légère teinte ecchymotique.

12 jours après l'accouchement, tout avait disparu.

OBSERVATION IV

(Inédite)

(Service de M. le D^r COMMANDEUR, Charité)

Lucie G..., 27 ans, primipare.

Entre dans le service le 4, avril 1913.

Dernières règles du 3 au 7 juillet 1912.

Apparition des douleurs le 8 avril 1913.

A l'examen, présentation en OIDP. La tête est dans l'excavation, les bruits du cœur sont normaux.

A 16 h. 30, col effacé. Le segment inférieur est épais, mais très souple. La poche des eaux est intacte.

A 21 heures, on conduit la malade à la salle de travail. Les douleurs surviennent régulièrement toutes les 4 minutes. A ce moment, rupture spontanée des membranes.

La parturiente pousse tellement fort qu'on a de la peine à retenir la tête et qu'il se produit une déchirure périnéale.

Délivrance spontanée 30 minutes après.

Au moment où on se dispose à faire la suture, on aperçoit dans le vagin et sur la petite lèvre droite une tumeur de coloration rosée. On ne fait pas la suture ; on laisse la malade au repos en lui recommandant d'éviter les mouvements. Une heure plus tard, comme la malade souffre beaucoup, on lui administre un gramme de chloral.

Le lendemain, à 11 heures $\frac{1}{2}$, M. Commandeur procède à l'ouverture du thrombus qui bombe à la grande lèvre droite, sous forme d'une masse noirâtre. Incision verticale au bistouri sur 4 centimètres. On élimine, par expression, un caillot qui pèse 110 grammes. Ramonage de la poche avec un coton imbibé de teinte d'iode. Il se produit seulement un léger suintement sanguin. On place deux mèches dans la cavité de l'hématome, dont une dans le prolongement qui file sur les parties latérales du rectum.

On remplace journellement les mèches.

La cavité se comble petit à petit sans incidents.

Le 9 mai, c'est-à-dire 1 mois plus tard, la malade sort complètement guérie.

OBSERVATION V

(Inédite)

(Service de M. le D^r COMMANDEUR, Charité)

Rose A..., 26 ans, primipare.

Rien à signaler dans ses antécédents.

Dernières règles du 3 au 10 février 1915.

Entre à la Maternité le 25 novembre 1915.

A l'arrivée, à 11 heures 15, HU=32. La tête est engagée en OIGA. Le col est dilaté à 2 francs, la poche des eaux, est

intact, le segment inférieur bien constitué. Les contractions sont régulièrement espacées de 4 à 5 minutes.

A 13 heures 30, rupture spontanée des membranes. Le col est à dilatation complète.

A 15 heures 15, on constate que le périnée devient violacé, œdématié surtout au niveau de la commissure postérieure. Au moment où on saisit les bosses frontales à travers le périnée postérieur pour faciliter le dégagement, on voit se produire un thrombus de la petite lèvre gauche qui atteint le volume d'un œuf de poule. On fait le dégagement avec précaution, afin de ne pas faire éclater l'hématome. Pendant le dégagement, il se produit une petite déchirure du périnée, sur 1 centimètre $\frac{1}{2}$ environ, que l'on ne suture pas.

Le thrombus n'augmente pas de volume après l'accouchement.

Délivrance spontanée 1 heure $\frac{1}{2}$ après.

Le poulx, à ce moment, est à 112.

Les suites de couches sont normales jusqu'au 4^e jour, où la température s'élève à 38°5. Légère infection puerpérale guérie au 15^e jour.

Le thrombus guérit rapidement par résorption.

OBSERVATION VI

• (Inédite)

(Service de M. le D^r COMMANDEUR, Charité)

Madeleine V..., 22 ans, primipare.

Aucun antécédent pathologique.

Réglée depuis l'âge de 13 ans, abondamment, régulièrement et sans douleurs.

Dernières règles du 6 au 10 novembre 1917.

Grossesse bien supportée. Pas d'albumine.

Venue trois fois à la Consultation de la Maternité, où on a noté OI DP. Tête fixée. Bruits du cœur normaux.

Début des douleurs, le 6 juillet 1918, à 23 heures.

Entrée à la salle de travail le 7, à 16 heures. A ce moment, col dilaté à 2 frans.

Dilatation complète, le 7, à 20 heures 30. Rupture spontanée des membranes à la même heure.

Accouchement normal d'une fille de 2.800 grammes, le 7 juillet, à 21 heures 10.

Durée de la dilatation : 21 heures 30.

Durée totale du travail : 22 heures 10.

Sortie du délivre, le 7 juillet, à 22 heures 30.

Peu de temps après l'accouchement, on voit survenir une tumeur progressive sur la grande lèvre droite.

Le 8 juillet, la tumeur de cette grande lèvre s'étend jusqu'au voisinage de l'anus, d'une couleur foncée et violacée.

On traite le thrombus par l'expectative et les soins de propreté jusqu'au jour, 26 août, où il se produit une petite ulcération.

Le 29 août, incision simple du thrombus. On extrait plusieurs caillots et de la sérosité sanguine. On fait un lavage antiseptique de la cavité.

Guérison en 3 semaines.

OBSERVATION VII

D^r OUI, de Lille

D... Loé, 24 ans, entre au dortoir de la Clinique, le 9 février 1912. Ses antécédents, tant héréditaires que personnels, ne présentent rien d'intéressant. Elle a eu successivement dans son enfance la variole, la scarlatine et la rougeole.

En 1907, elle fait un avortement de 3 mois.

Dernières règles du 20 au 25 mai 1911.

Le 17 février, 0 gr. 50 d'albumine par litre dans ses urines. Immédiatement soumise au régime lacté, cette femme refuse de le suivre et retourne chez elle où elle ne suit aucun régime.

Revient le 27 février, à 8 heures $\frac{1}{2}$ du soir, ressentant des douleurs depuis 8 heures du matin. Sommet non engagé en GT. Pas de rétrécissement appréciable. Dilatation à 1 fr. A 10 heures $\frac{1}{2}$, tête engagée et orientée en GA. Le 28, à 1 heure 30 du matin, dilatation complète. On rompt alors artificiellement les membranes.

Vers 2 heures $\frac{1}{2}$ du matin, alors que la tête commence à

apparaître à la vulve, on voit la grande lèvre droite se tuméfier, et, en une dizaine de minutes, une tumeur violacée, piri-forme, grosse comme le poing occupe toute la grande lèvre et empiète sur le périnée. La tête ne progresse pas et, à chaque contraction, la saillie de la tumeur et sa tension s'accroissent nettement.

Quelques minutes plus tard, rupture spontanée de la tumeur et écoulement d'environ 100 centimètres cubes de sang. La tumeur diminue, mais ne tarde pas à reprendre son volume primitif.

A 2 heures 55, nouvel écoulement sanguin.

A 3 heures, expulsion d'un enfant vivant, pesant 2.950 grammes.

Après l'accouchement, on constate, à la partie postérieure de la face interne de la grande lèvre droite, une ouverture à bords déchiquetés du diamètre d'une pièce de deux francs. L'écoulement sanguin est minime. Après la délivrance, qui se fait 3/4 d'heure après, la plaie est pansée à la gaze iodoformée. Compression à l'aide d'un bandage en T. Etat général bon. Le pouls est à 104.

Le 28 février, à la visite du matin, on retire quelques caillots qui font saillie dans l'orifice de rupture de la tumeur. Puis, d'un coup de ciseau, on débride l'hématome dans presque toute la hauteur de la grande lèvre et on irrigue largement la plaie avec de l'eau oxygénée chaude, en même temps qu'on détache les caillots adhérents aux parois de la poche. Pansement à la gaze iodoformée.

Le 19 mars, la cicatrisation est presque complète. Il reste à la face interne de la grande lèvre une surface bourgeonnante large de 1 cm. et longue de 3.

La malade quitte l'hôpital ce jour-là.

OBSERVATION VIII

D^r VALLOIS, de Montpellier

Femme de 30 ans : 3 accouchements antérieurs à terme et normaux. Grossesse datant du 10 mai 1919.

Premières douleurs le 10-2-20, à 6 heures du matin. A

9 heures, rupture spontanée de la poche des eaux. Arrêt des douleurs de 11 heures du matin à 1 heure de l'après-midi. On s'aperçoit alors que la lèvre gauche est le siège d'une tuméfaction qui va en augmentant, mais qui à aucun moment ne produit de douleur.

A 3 heures $\frac{1}{2}$ du matin, la sage-femme qui assiste la parturiente se décide à l'amener à la Clinique.

A l'entrée, gonflement très considérable de toute la grande lèvre gauche, qui présente une teinte d'un rouge violacé. Il semble que la paroi amincie et saillante va se déchirer. Il n'existe pas de varices au niveau de la région génitale.

Hauteur utérine : 34 centimètres.

Contractions très fréquentes et très intenses.

Bruits du cœur bien frappés à droite.

La tête repose sur le périnée.

La tumeur augmente à vue d'œil et on s'attend à la voir se rompre. Comme on se prépare à intervenir, la femme étant en position obstétricale, la tumeur se rompt au niveau de la partie la plus saillante et, par un orifice de la dimension d'une pièce de 1 franc, il s'écoule du sang liquide et des caillots.

Au même moment, la tête est expulsée en occipito-pubienne. L'hémorragie est arrêtée. L'enfant, du sexe masculin, pèse 3.780 grammes. Les diamètres de la tête sont un peu supérieurs à la moyenne. La délivrance se fait naturellement.

Le thrombus est alors largement incisé sur presque toute la longueur de la grande lèvre gauche. On enlève les caillots. Lavage à l'eau bouillie et tamponnement à la gaze iodoformée.

Après 24 heures, on enlève celle-ci. Il se produit une nouvelle hémorragie qui nécessite un nouveau tamponnement de 36 heures.

Le 1^{er} mars, la plaie est complètement cicatrisée.

OBSERVATION IX

In Thèse de BORIES

Il s'agit d'une primipare de 22 ans, entrée à la Charité, dans le service de M. Maygrier, le 21 décembre 1903.

Les organes génitaux externes étaient le siège d'une tumeur

volumineuse. La patiente avait 38°. On apprit que dans le dernier mois de sa grossesse, ayant été prise de douleurs, elle avait appelé une sage-femme.

Celle-ci l'avait fait pousser pendant 2 heures et, voyant apparaître à la vulve une grosseur insolite, avait envoyé la malade à l'hôpital. La sage-femme de garde constata une tumeur du volume d'une mandarine, siégeant dans la petite lèvre droite, qui, sous ses yeux, en quelques minutes, devint grosse comme une tête de fœtus.

Il s'agissait d'un thrombus vulvo-vaginal survenu pendant la période d'expulsion. A l'analyse des urines, on trouva de l'albumine (1 gr. 50 par litre). M. Maygrier fit vider le thrombus et terminer rapidement l'accouchement au forceps. Il fit faire ensuite un lavage antiseptique soigné de la poche.

Le soir, la température était de 38°₂ et le lendemain de 37°₈. La poche s'est comblée en 8 jours ; les suites de couches ont été normales.

OBSERVATION X

In Thèse de BORIES

Thrombus vulvo-périnéal, survenu 3 jours après l'accouchement. Guérison spontanée en 5 jours.

Catherine P..., 30 ans, primipare. Entre dans le service de M. Bonnaire, au mois de mai 1903. Le 4 mai, à 10 heures 35, M. Bonnaire fait une basiotripsie (la malade avait un bassin petit en entonnoir). La délivrance est complète. Trois jours après l'accouchement on remarque un thrombus de la grande lèvre droite, s'étendant sur la paroi vaginale du même côté et jusqu'à la loge périnéale inférieure.

On fait des injections vaginales matin et soir à l'eau oxygénée, et on laisse des compresses chloralées en permanence sur la vulve.

Le même traitement est appliqué jusqu'au 13 mai. A cette date, le thrombus est entièrement disparu. Nous ne constatons plus qu'une légère induration de la vulve.

La guérison s'est faite spontanément par résorption.

OBSERVATION XI

In Thèse CHAMPEAU (Clinique Baudelocque, 1891)

A. L..., primipare, âgée de 23 ans. Mère morte de bacillose pulmonaire. Père vivant. Trois frères et sœurs vivants. Rien à signaler dans les antécédents physiologiques.

Atteinte de scoliose à convexité droite, à l'âge de 11 ans.

Dernières règles du 8 au 12 août 1890. Gestation normale.

3 mai 1891. — Début du travail.

4 mai. — 10 h. 30. Entrée à la salle de travail. HU : 35 cm. OIDP. Enfant vivant. Membranes intactes. Contractions utérines intenses et fréquentes.

17 h. 50. — Rupture des membranes.

18 h. — Dilatation complète.

19 h. 25. — Expulsion d'un garçon vivant du poids de 2.900 gr. Durée de la période d'expulsion : 25'.

Durée totale du travail : 20 h. 25'.

Aussitôt après la délivrance, il se forme un thrombus péri-vulvaire envahissant les petites et les grandes lèvres du côté droit. Son volume est peu considérable. On fait un pansement avec de la gaze iodoformée.

Pendant les suites de couches, on ne note pas la moindre élévation de température et, 16 jours après l'accouchement, la femme, en parfait état de santé, quitte la Clinique sur sa demande.

OBSERVATION XII

In Thèse CHAMPEAU (Clinique Baudelocque, 1900)

P. C..., primipare, de 22 ans. Rien à retenir qui soit digne d'intérêt dans ses antécédents.

Dernières règles du 10 au 14 juillet 1899. Gestation normale. Traumatisme sexuel le 20 avril.

22 avril 1900, 5 heures. — Début prématuré du travail. (La

femme ne peut être à terme, en effet, si on fait le rapport du poids fœtal au poids placentaire donné plus loin).

7 heures. — Entrée à la salle de travail. HU : 33 cm. OIGA. Enfant vivant. Dilatation à 2 fr. Membranes intactes. Pas d'albumine.

9 heures 45. — Dilatation complète. On rompt artificiellement les membranes. Le liquide est opalescent.

10 heures 15. — Expulsion d'une fille vivante pesant 2.930 gr. Durée de la période d'expulsion : 30'. Durée totale du travail : 5 h. 15'.

10 heures 50. — Délivrance normale 35' après l'accouchement.

Le placenta pèse 450 gr.

Une heure après l'accouchement, la femme accusé une violente douleur au niveau des organes génitaux externes.

A l'examen, on constate qu'un thrombus périvulvaire vient de se former à droite. La tuméfaction de la grande lèvre atteint le volume d'une mandarine, de coloration noire. Au toucher, on s'aperçoit que ce thrombus est également périvaginal et qu'il remonte le long de la paroi vaginale droite jusqu'au cul de sac latéral.

Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

Injection sous-cutanée de 1 centigramme de morphine pour calmer la douleur.

Suites de couches apyrétiques.

1^{er} mai. — Le volume du thrombus a diminué, mais sur la face interne de la grande lèvre droite, à 2 cm. environ de la fourchette, une ulcération circulaire de la largeur d'une grosse lentille laisse sourdre un sang noir, mêlé de caillots de même couleur. On incise avec des ciseaux. On agrandit ainsi l'orifice de la cavité que l'on vide de ses caillots, environ deux cuillérées à soupe. On bourre la cavité avec de la gaze iodoformée que l'on retire les jours suivants.

La cicatrice se fait rapidement, et la femme quitte la Clinique le 9 mai, complètement guérie.

OBSERVATION XIII

In Thèse CHAMPEAU (Clinique Beaudelocque, 1903)

G. M..., 17 ans, primipare. Rien d'intéressant dans ses antécédents.

Dernières règles du 15 février 1903. La gestation aurait évolué normalement d'après ce que rapporte la femme. Elle n'a pas consulté.

30 novembre, 23 heures. — Début du travail (à terme).

24 heures. — Entrée à la salle de travail. Examen : HU = 34. OIGA. Enfant vivant. Dilatation à 50 centimes. Membranes intactes. Pas d'albumine. Vergétures nombreuses et très accusées.

Légères varices vulvaires.

1^{er} décembre, 4 heures. — Dilatation complète. Rupture artificielle des membranes. Liquide amniotique normal. La femme entre en période d'expulsion.

Au cours de cette période alors que la tête fœtale apparaît dans l'orifice vulvaire dilaté comme une pièce de 5 francs, au moment où la tête après la contraction utérine et abdominale rentre dans le bassin mou, on aperçoit une tumeur rouge noirâtre, de la grosseur d'une mandarine, siégeant sur la face interne de la grande lèvre droite.

Cette tumeur éclate d'elle-même, donnant issue à du sang noirâtre, fluide, qui s'écoule de la plaie pendant toute la durée de l'expulsion. L'hémorragie provenant de ce thrombus s'arrête spontanément avec la rétraction des parties molles après l'accouchement et après l'injection vaginale chaude.

Le pouls est resté à 84 sans variation. Temp. : 37°3.

5 heures 30. — Expulsion d'un garçon vivant, pesant 3.840 grammes.

6 heures. — Délivrance normale : 30' après l'accouchement. Placenta : 600 gr.

Durée de la période d'expulsion : 1 h. 30.

Durée totale du travail : 6 h. 30.

Suites de couches complètement apyrétiques.

11 décembre. — La mère et l'enfant en bon état quittent la Clinique.

OBSERVATION XIV

In Thèse CHAMPEAU (Clinique Baudelocque, 1907)

E. Y..., 22 ans, primipare. Sans antécédents à signaler.

Dernières règles : fin octobre. (Irrégulièrement réglée).

3 juin. — Admission au dortoir de la Clinique. Le palper permet de faire le diagnostic de la gestation double.

8 août, 8 heures. — Apparition des premières contractions utérines douloureuses. A midi, entrée à la salle de travail. Examen : HU = 40. Gestation gémellaire. Enfants vivants. Le premier fœtus se présente par le siège. Le pôle inférieur du second fœtus est situé dans la fosse iliaque gauche. Dilatation à 5 francs. Membranes intactes. Pas d'albumine.

13 heures 55. — Dilatation complète. Rupture spontanée des membranes. Liquide vert. Procidence du cordon.

14 heures. — Expulsion du 1^{er} fœtus vivant. Extraction de la tête dernière par la manœuvre de Mauriceau. Poids du fœtus : 1.900 grammes.

On s'assure aussitôt de la présentation longitudinale du second fœtus et on rompt artificiellement les membranes du 2^e œuf.

14 heures 25. — Expulsion du second fœtus. Poids : 2.380 grammes.

14 heures 55. — Délivrance normale. Poids du placenta : 700 grammes. Durée de la période d'expulsion : 30' pour les deux.

Durée totale du travail : 6 heures.

Jusqu'à 19 heures, tout est normal.

19 heures. — La femme éprouve une pesanteur au niveau de la région vésicale et une douleur continuelle au niveau lombaire.

Peu après, c'est une sensation de tension de la région rectale, une envie insurmontable de pousser. La douleur augmente très rapidement d'intensité et la femme ne cesse de réclamer un remède à son mal.

19 heures 30. — On constate qu'il existe à la partie inférieure de la grande lèvre droite une tuméfaction du volume d'un œuf de poule. Cette tuméfaction est très tendue, noirâtre et se prolonge dans la paroi latérale droite de la cavité vaginale.

Il existe au niveau de la région fessière correspondante une ecchymose noire, très foncée, s'étendant jusqu'à environ 10 cm. en dehors de la vulve. Pendant toute la nuit, les douleurs persistent avec exacerbation donnant la sensation de coups d'aiguille. La tumeur s'accroît encore, mais très modérément. Pas de ténésme rectal, mais épreintes vésicales.

10 août. — La femme ne peut uriner spontanément. Cathétérisme. Le pouls est à 90. Température : 36°9.

11 août. — Le thrombus déjà diminué de volume par résorption de son contenu et l'ecchymose est plus pâle. Cependant on doit continuer les cathétérismes vésicaux jusqu'au 14 août.

14 août. — Le thrombus est en grande partie résorbé. L'ecchymose est encore plus pâle. Pouls et température normaux.

17 août. — La grande lèvre droite a repris à peu près son volume normal et l'ecchymose très pâle est à peine visible. Le toucher fait constater, sur la paroi latérale droite du vagin, une tuméfaction de consistance molle remontant dans le vagin à environ 8 cm de l'orifice vulvaire et remplissant à peu près la cavité vaginale. Les lochies sont légèrement fétides.

Le lendemain, la vulve est redevenue normale. L'ecchymose a complètement disparu.

Le 24 août, à la partie toute supérieure du thrombus, à 2 cm. environ en arrière de l'orifice de la glande de Bartholin, il existe une petite solution de continuité de la dimension d'un pois. Par cet orifice, s'échappent des fragments de caillots noirâtres lorsqu'on exerce une pression sur la tumeur.

Le 14 septembre, la femme quitte le service complètement guérie.

OBSERVATION XV

(Publiée par MM. POTTET, LÉVY et CHAMPEAU, dans les Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, le 11 décembre 1911).

Femme X..., 18 ans, primipare.

Dernières règles du 16 au 21 février 1911. Toujours réglée régulièrement auparavant depuis l'âge de 15 ans. Rhumatisme articulaire aigu à 14 ans. Premiers rapports à 17 ans.

Aucun incident pendant la grossesse actuelle.

Dernier rapport le 8 novembre 1911.

Vient le 16 novembre à la consultation, où on diagnostique une présentation du siège. Pas d'albumine dans les urines.

16 novembre, 21 heures. — Premières contractions utérines douloureuses.

17 novembre, 8 heures 15. — La femme entre à la salle de travail. A l'examen : HU = 31 cm. Col à 2 frans. Siège complet en SIDA. Contractions utérines assez fréquentes et régulières.

9 heures 20. — Dilatation 5 frans. Membranes intactes. Bruits du cœur bons.

10 heures 15. — Dilatation grande paume de main. Pose d'un ballon de Champetier de Ribes de 500 gr. BC positifs.

10 heures 25. — Manceuvré et extraction du ballon.

10 heures 30. — Sortie du ballon. Dilatation complète. Les membranes se rompent spontanément.

10 heures 35. — Les contractions abdominales et utérines sont puissantes. Le siège descend très rapidement sur le périnée qu'il déprime. On assiste alors à l'expulsion spontanée du siège accompagné des membres inférieurs, du tronc. On fait l'anse au cordon. Les membres supérieurs se dégagent spontanément.

10 heures 40. — Extraction facile de la tête dernière par la manœuvre de Mauriceau. L'enfant crie après désobstruction des voies respiratoires. Il pèse 2.420 gr. La délivrance est normale, 30' après l'accouchement. Placenta : 250 grammes.

11 heures 45. — La femme signale une légère douleur

près de l'anus, sans qu'elle puisse la localiser d'une manière précise. Pouls à 96. On exprime l'utérus et on en chasse ainsi quelques caillots.

12 heures 45. — La femme n'a pas cessé de souffrir. La douleur provoquée siège au niveau de la partie inférieure de la grande lèvre droite qui est légèrement tuméfiée. Pouls à 96-100. T. : 37°2. Au toucher, on constate une tuméfaction grosse comme une mandarine occupant la partie extérieure de la grande lèvre droite. Cette tumeur est tendue, dure et douloureuse à la pression. On fait le diagnostic du thrombus vulvo-vaginal.

On fait de la compression vaginale et vulvaire au moyen de tampons de gaze stérilisée, maintenus par une bande serrée.

13 heures 45. — La douleur continue. Elle est plus aiguë. La tuméfaction a augmenté de volume. Pouls à 104-110.

La douleur cesse brusquement et la femme s'endort.

14 heures 30. — Bientôt la douleur réapparaît. La tumeur sanguine gagne du terrain, elle envahit toute la hauteur de la grande lèvre et décolle les tissus au niveau du périnée en se dirigeant vers l'anus et au niveau de la paroi postérieure du vagin.

15 heures. — Agitation. Pâleur de la face. Pouls à 120.

On injecte 1 cm. cube d'une solution de morphine à 1/50. Un peu de calme renaît jusqu'à 18 heures. La femme sommeille légèrement. Vers 17 heures, pertes de caillots noirs et de sang venant du thrombus rompu et ouvert dans le vagin.

18 heures. — Nouvelle agitation. Pouls à 120-124. T. : 37°1. Nouvelle piqûre de morphine. Pertes de caillots et de sang. On renouvelle le pansement. La tumeur énorme occupe toute la lèvre droite, qui est tuméfiée et repousse en dehors la lèvre gauche. Le périnée ainsi qu'une partie de la fesse droite sont distendus par l'épanchement. L'anus est oedématié et déjà on aperçoit quelques traces d'ecchymoses à la partie inférieure de la grande lèvre droite. Dans le vagin, la tuméfaction est également considérable. Partout la tension est très grande.

En regardant la face interne de la partie inférieure de la grande lèvre droite, on voit le point où la tumeur a fait éclater la muqueuse vaginale. Il s'écoule des caillots noirâtres et du sang, ce qui indique que l'hémorragie continue.

La femme souffre encore, mais un peu moins qu'au début. Le pouls s'élève peu à peu à 120-124-128.

23 heures. — Pouls à 130. Facies pâle. Agitation très marquée. Douleur suraiguë se reproduisant de nouveau. La tension de la tumeur est considérable malgré l'élimination par son orifice de caillots et de sang.

23 heures 15. — Sur le conseil de M. Couvetaire, M. Pottel ouvre sous chloroforme la tumeur. Incision verticale de 5 cm. au niveau du point de rupture. Evacuation de 450 gr. de caillots noirâtres. Lavage avec une solution d'aniodol à 50°. A ce moment, l'hémorragie recommence et envahit à nouveau l'espace antérieurement occupé par le thrombus. Tamponnement de la cavité et du vagin à la gaze iodoformée. L'hémorragie cesse définitivement.

Avant l'incision, pouls à 134.

Après l'incision, pouls à 108.

Injection de 50 gr. de sérum physiologique sous la peau. On réchauffe la malade.

La nuit est bonne ; la malade ne souffrant plus a bien dormi.

18 novembre. — T. : 37°. Pouls 96. La femme se plaignant un peu du ventre, on applique de la glace en permanence. Injection de 40 gr. de sérum antistreptococcique.

Suites opératoires excellentes.

Le 27 novembre, la malade quitte le service complètement guérie, allaitant son enfant. La cicatrisation de la plaie est parfaite.

Le 11 décembre, il ne persiste qu'une légère induration au niveau de la cicatrice. Etat local et général excellent.

OBSERVATION XVI

In Thèse CHAMPEAU (Clinique Baudelocque)

J. M..., primipare, 33 ans. Rien à signaler dans ses antécédents physiologiques.

Fièvre typhoïde à 23 ans.

Bronchite et pleurésie à 27 ans.

Dernières règles du 20 au 28 mai 1911. Grossesse normale, surveillée à la consultation de la Clinique.

Entre le 20 février 1912 à la Clinique. Examen : HU = 34 (hydramnios léger). Présentation en OIDP. Enfant vivant. Pas d'albumine.

23 février, à minuit. — Début du travail.

24 février, 0 h. 30. — Rupture précoce des membranes. Issue d'une grande quantité de liquide opalescent.

3 heures. — Entrée à la salle de travail. HU = 32. Dilatation à 2 francs.

9 heures 45. — Dilatation complète.

10 heures 45. — Expulsion d'un garçon vivant, pesant 3.100 grammes. Durée de la période d'expulsion : 1 heure.

Durée totale du travail : 10 heures 45.

11 heures 15. — Délivrance normale. Placenta : 570 gr.

12 heures 45. — On assiste, en découvrant la femme pour lui faire une toilette, à la formation d'un petit thrombus péri-vulvo-vaginal gauche. La production de cette tumeur n'a déterminé chez la femme ni phénomène local, ni général. Elle n'a ressenti aucune douleur. Les jours suivants, la température s'élève, la femme fait une lymphangite du sein gauche.

2 mars. — Ouverture du thrombus. Légère hémorragie. Compression avec des tampons de gaze iodoformée.

Puis la femme ayant fait un abcès du sein, et en même temps une affection pulmonaire aiguë s'étant déclarée, on la fait passer à l'Infirmierie de la Maternité, le 26 mars.

OBSERVATION XVII

In Thèse CHAMPEAU (Clinique Baudelocque)

A. A... tripare de 22 ans. Irrégulièrement réglée. Rien à signaler dans ses antécédents.

Accouchements antérieurs normaux.

Dernières règles du 18 au 21 février. Grossesse normale.

Le 22 octobre, en se rendant à l'asile Michelet, la femme perdant l'équilibre au moment du départ de l'omnibus où elle est montée, s'assied sur la barre de séparation des places. Brusquement, la femme ressent une douleur extrêmement vive au niveau de la vulve, avec irradiations vers les cuisses, la région

lomulaire, l'abdomén. La femme rentre chez elle aussitôt, se couche et remarque une tumeur du volume d'un œuf de poule siégeant dans la lèvre droite. Cette tuméfaction est très dure. Repos au lit 3 jours, après lesquels la femme retourne à Michelet, d'où on la dirige sur Baudelocque, le 27 octobre.

On constate alors une tumeur de la petite lèvre droite du volume d'une mandarine, faisant saillie au devant de l'orifice vulvaire. Consistance molle. Teinte ecchymotique très prononcée de la muqueuse. La grande lèvre correspondante est refoulée en dehors et présente une ecchymose qui se prolonge jusque sur la fesse droite.

Le toucher démontre que l'hématome est limité à la petite lèvre droite et que les parois vaginales offrent une consistance normale, de même que les grandes et petites lèvres gauches.

La femme accoucha le 6 décembre d'un enfant vivant, pesant 4.045 gr. Accouchement normal et la femme quitta la Clinique, le 19 décembre, en parfait état.

OBSERVATION XVIII

In Thèse de BORIES

Une femme enceinte étant montée sur l'impériale d'un omnibus, tomba, en s'asseyant, à califourchon sur une barre de séparation et ressentit aussitôt une violente douleur. La souffrance devint telle qu'elle se sentit défaillir. On l'amena à l'hôpital, dans le service de M. Maygrier. La grande lèvre droite était le siège d'une tumeur violacée, fluctuante, et qui grossissait à vue d'œil. C'était un thrombus vulvaire qui venait de se développer chez une femme enceinte de 7 mois environ.

M. Maygrier fit une asepsie soignée de la région, appliqua sur le thrombus une compresse d'eau alcoolisée et comprima modérément la tumeur.

Dix jours environ après l'entrée de la femme, la tumeur était réduite aux $\frac{2}{3}$ de son volume primitif. Une petite plaque de sphacèle s'étant développée, la poche fut ouverte et nettoyée.

Huit jours après, toute trace de thrombus avait disparu.

CHAPITRE IV

Fréquence et étiologie

1° FRÉQUENCE

Le thrombus puerpéral est, de l'avis de tous les accoucheurs, une affection très rare, bien que Velpeau, dans son *Traité sur l'art des accouchements*, ait dit : « La fréquence du thrombus de la vulve est grande ».

Pour être convaincu de la rareté de cette affection, il n'y a qu'à jeter un coup d'œil sur la statistique suivante publiée par Cadilhac, dans sa thèse de 1894.

Nom des auteurs	Nombre de cas observés	Nombre de femmes enceintes	Moyenne approximative
Dubois	3	14.000	1 p. 4.600
Blot (Matern. de Paris)	0	7.000	0 — 7.000
Winckel	1	1.600	1 — 1.600
Bossi	2	5.660	1 — 2.800
Sasonoff	1	2.375	1 — 2.300
Hugenberger (Mat. de St-Pétersbourg).....	11	14.000	1 — 1.200
id. (2 ^e série)....	8	19.396	1 — 2.400

Nom des auteurs	Nombre de cas observés	Nombre de femmes enceintes	Moyenne approximative
Maternité de Vienne...	18	33.241	1 — 1.800
Jonhston et Sinclair (Mat. de Dublin)....	7	13.748	1 — 1.800
Hecker	2	17.220	1 — 8.600
Bastaki (Mat. de Bucar.)	2	3.962	1 — 1.900
Spiegelberg	3	3.000	1 — 1.000
Auvard	1	2.000	1 — 2.000
Charpentier	1	1.800	1 — 1.800
Lwoff	2	2.100	1 — 1.000
Spath	4	6.000	1 — 1.500

Nous pouvons ajouter à cette statistique les chiffres suivants :

Delassus, à la Maternité de Lille, n'a observé qu'un seul cas de thrombus sur environ 10.000 accouchements. Dans le service du Prof^r Pinard, soit à Lariboisière, soit à Baudelocque, il y eut, sur 54.034 accouchements, dix-huit cas de thrombus périvulvaires et périvaginaux, sur une période de plus de trente années.

En 1920, le P^r Fabre, publiant avec le D^r Rhentér un cas de thrombus vaginal, disait qu'à la Clinique obstétricale de la Charité, à Lyon, il n'avait observé que deux thrombus sur environ 19.000 accouchements.

Enfin, pour notre part, nous avons passé en revue les 8.000 observations réunies par le D^r Plauchu, tant dans son service de l'Hôpital de la Croix-Rousse que dans celui de l'Hôtel-Dieu et nous n'avons trouvé que quatre cas de thrombus dont un seul purement vulvaire.

D'après ces chiffres, on voit que le thrombus est

une affection peut-être plus rare encore que ne l'indiquent les anciennes statistiques. Or, tous les chiffres publiés s'appliquent aussi bien aux thrombus vaginaux purs qu'aux vulvo-vaginaux. Ceux-ci ne comptent pas tout à fait pour 50 % dans la moyenne générale. Il n'est donc pas exagéré de dire que le thrombus vulvaire se rencontre environ une fois sur 3.500 accouchements.

2° ETIOLOGIE

Les thrombus vulvo-vaginaux peuvent apparaître soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, soit après l'accouchement.

Lorsque le thrombus survient au cours de la grossesse, on trouve toujours dans les antécédents immédiats un traumatisme pour l'expliquer. Ce traumatisme peut intéresser directement les organes génitaux. C'est alors un coup de pied sur la région vulvaire, comme dans le cas rapporté par Vouters, de Lille, en 1910 ; ou bien c'est une chute sur les organes génitaux externes ; nous en rapportons deux observations et Bar, dans une de ses cliniques, disait que cette cause avait été relevée plus de dix fois. Enfin, les coïts brutaux et répétés sont souvent une cause efficiente de thrombus et, de l'avis de Velpeau, il y aurait beaucoup moins de thrombus spontanés, si l'on recherchait mieux « cette cause qui est une des moins souvent avouées et des plus fréquentes en réalité ».

Le traumatisme peut, d'autre part, être indirect ;

Chute sur le siège, coup sur l'abdomen, toux, défécation, etc.

On voit donc que, dans ces thrombus, au cours de la grossesse, la cause n'a rien d'obstétrical et la grossesse seule en favorise l'apparition par la modification qu'éprouvent les vaisseaux chez la femme enceinte.

Les causes des thrombus véritablement puerpéraux du travail et des suites de couches, sont nombreuses, d'après les auteurs, mais toutes ne méritent pas une égale créance.

Pour Bar, l'influence de l'albuminurie est indiscutable, et il donne comme raison la prédisposition des albuminuriques aux hémorragies. Sur dix-huit observations que nous avons recueillies, l'albumine est signalée seulement dans deux cas (Obs. VII et IX).

L'influence de l'alcoolisme est encore beaucoup plus sujette à caution : il faut pour qu'elle se fasse sentir, d'après Bar, que l'alcoolique soit devenu brightique.

Pendant fort longtemps, on a admis que les varices jouaient dans la production du thrombus un rôle prépondérant. Lorsque Perret, en 1864, rapporta une observation d'hématome dans lequel il avait vu nettement une artère « donner », une réaction exagérée s'ensuivit et Budin, dans sa thèse d'agrégation, prétendit que les varices ne prédisposaient, en aucune manière, aux thrombus. Sans être aussi affirmatif que Budin, nous pouvons avec Pajot et Winckel considérer cette cause comme exceptionnelle. Dans toutes les observations que

nous avons pu recueillir, les varices génitales ne sont pas signalées une seule fois. Nous ne parlons, bien entendu, que du thrombus obstétrical : il est naturel, en effet, que les varices puissent jouer un rôle important dans l'apparition du thrombus par traumatisme génital.

Les hématomes vulvaires, disait Perret, en s'appuyant sur ses observations, sont plus fréquents chez les multipares que chez les primipares. Nous ne sommes pas de cet avis et, avec Champeau, nous croyons que le thrombus vulvaire survient beaucoup plus souvent chez les primipares que chez les multipares. Sur les dix-huit observations que nous rapportons, nous trouvons, en effet, seize primipares pour deux multipares, ce qui nous donne un pourcentage de 39 % en faveur de la primiparité.

L'âge a-t-il une influence quelconque sur l'apparition du thrombus? Nous serions tentés de le croire. Toutes les malades de nos observations sont de jeunes femmes de 17 à 30 ans. On peut donc dire que le jeune âge prédispose à la formation de l'hématome vulvo-vaginal.

Mais la véritable cause efficiente est le traumatisme de l'accouchement. Il existe bien quelques observations d'hématomes tardifs et Bar a pu en relever trois, dans lesquelles l'accident survint le 9^e, le 11^e et le 21^e jour, des suites de couches. On a incriminé, dans de tels cas, l'infection, de violents efforts, etc. De tels faits sont excessivement rares et la cause essentielle des thrombus puerpéraux est, sans conteste, le trauma de l'accouchement. La statisti-

que de Mme Sasonoff établit que, sur cent hématomes, quatre se sont produits pendant la grossesse avant le travail, quatre pendant la période de dilatation, trente-cinq pendant la période d'expulsion et cinquante-sept après la délivrance. Il est, de fait, que la grande majorité des thrombus s'observent dans les heures qui suivent la délivrance. Mais il faut en rattacher l'origine aux modifications subies par les voies génitales pendant l'expulsion du fœtus.

CHAPITRE V

Pathogénie et Anatomie pathologique

Quelles sont donc ces modifications que subit l'appareil génital pendant la grossesse ? En temps normal, il existe de chaque côté du vagin, des veines remarquables à la fois par leur nombre et leur volume. Ce sont les veines vaginales qui forment tout autour du conduit vaginal un riche plexus qui communique largement avec les plexus voisins (utérin, vésical, périrectal, etc.).

Pendant la grossesse, ces veines subissent une augmentation considérable de volume, d'autant plus que la circulation en retour est gênée par la compression exercée par la partie fœtale qui se présente. A ces modifications vasculaires, nous ajouterons le défaut de plasticité du sang, dû à la diminution de la fibrine pendant les six premiers mois, et enfin la tension intra-veineuse qui s'exagère au moment de l'accouchement.

Par quel mécanisme se produira alors le thrombus ? Certains auteurs ont, tout naturellement,

attribué la rupture vasculaire à la poussée sanguine qui distend les veines pendant les efforts de l'expulsion. Cette théorie peut se concevoir, si l'on admet l'amincissement et la friabilité vasculaire variqueuse ou non, et la rupture par excès de tension de un ou plusieurs vaisseaux d'assez fort calibre. Ces conditions sont évidemment assez rares et s'expliquent mal.

Une deuxième théorie invoque l'attrition des tissus et des vaisseaux qui résulte de la compression exercée par le fœtus pendant les contractions utérines. Et c'est pourquoi on a invoqué comme causes prédisposantes du thrombus, le volume de l'enfant, l'hydramnios, la gémellité ou toute opération obstétricale (forceps, version). Mais on retrouve rarement dans l'histoire des malades une cause analogue.

Cette pathogénie était cependant généralement adoptée, lorsque Perret, alors interne d'Ulysse Trélat, à la Maternité de Paris, proposa, en 1864, une autre explication qui jouit actuellement d'une grande faveur.

S'appuyant sur des expériences cadavériques, faites en pratiquant l'autopsie d'une femme morte d'un volumineux thrombus, Perret affirme que cette affection est due au glissement et au décollement des tissus. Le mécanisme serait le suivant : le vagin, au niveau de son ouverture supérieure, est large, évasé ; sa partie inférieure est, au contraire, rétrécie ; la contraction utérine pousse donc la tête contre l'orifice vaginal qui la coiffe et qui résiste. Si cet orifice cède, l'accouchement a lieu, mais il se peut que,

sous l'action de la contraction utérine et des efforts, la paroi vaginale se décolle de haut en bas et se sépare des tissus qui l'entourent. D'où cavité par locomotion exagérée du vagin, décollement et rupture d'une infinité de vaisseaux.

Cette poche ainsi constituée se remplira de sang provenant des vaisseaux déchirés. Mais si aucun vaisseau sanguin n'est ouvert ou si la lumière des vaisseaux déchirés, artérioles, veinules, capillaires, est obstruée par un caillot, on aura une poche vide toute prête à se transformer elle-même en thrombus. Ce qui se produirait dans ces circonstances, serait comparable à ce qui a lieu pour le céphalématome, dans lequel le périoste se décolle pendant l'accouchement, tandis qu'ordinairement la tumeur ne se forme que plus tard. Et ainsi s'explique facilement l'apparition de thrombus vulvaires plusieurs jours après l'accouchement ; la poche s'est formée pendant le travail ou l'accouchement, mais les capillaires déchirés ont été fortement comprimés au moment du passage de la tête et un caillot s'est formé qui a empêché le sang d'envahir la cavité. Quelques jours plus tard (le 21^e dans une observation citée par Bar), ce caillot se déplace sous une influence quelconque et le thrombus vulvo-vaginal se produit.

Si ce caillot ne vient pas obturer la lumière des capillaires — et c'est le cas général — la collection s'établit dès que le fœtus est expulsé et qu'il n'exerce plus de compression contre le pelvis.

Quelquefois le thrombus apparaît avant l'expulsion. C'est qu'alors le décollement des tissus étant

produit en partie, le sang décolle sous tension au devant de la tête et la tumeur se forme alors empêchant celle-ci de progresser.

Maintenant que nous connaissons le mécanisme qui préside à la formation de l'hématome, il ne nous reste plus qu'à étudier la tumeur elle-même, c'est-à-dire son siège, son volume, ses prolongements et son contenu.

Le volume du thrombus vulvaire est très variable. Les plus petits ont la grosseur d'une noix ou d'un œuf de poule. Dans d'autres cas — et ce n'est pas rare — l'hématome atteint la grosseur d'une orange et même d'une tête de fœtus (Observ. I et II, etc.). Dans ce cas, il y a effacement des petites lèvres qui concourent à l'augmentation de la poche. Le volume dépasse rarement celui d'une tête de fœtus : la tuméfaction se rompt lorsque les tissus sont distendus à l'excès.

L'hématome occupe une des grandes lèvres. Les auteurs anciens et Cadilhac, en 1894, estimaient qu'il occupait dans les mêmes proportions, la lèvre droite ou la lèvre gauche. En 1914, Champeau, dans sa thèse, prouva, par des chiffres, que le thrombus vulvaire était plus fréquent à droite. Les observations que nous apportons, montrent le bien-fondé de cette assertion. Sur nos dix-huit observations, il y a seulement quatre cas de thrombus gauches et quatorze cas de thrombus droits, soit une proportion de 78 % à droite. Ce n'est peut-être qu'une coïncidence; bornons-nous simplement à l'enregistrer.

L'hématome vulvaire débute toujours par la

grande lèvre et si, dans des cas de thrombus plus ou moins volumineux, il envahit le vagin, ce n'est que secondairement, par infiltration. Le thrombus vulvaire ne reste pas, en effet, toujours localisé. « Le sang se joue des aponévroses » a dit Pajot. Aussi n'est-il pas rare de voir l'hématome et surtout l'ecchymose prendre des proportions considérables. L'extension la plus commune se fait vers le périnée et la partie interne des cuisses. Elle peut même gagner l'anus et le contourner, aller jusqu'au sacrum. Dans le cas que nous avons observé, l'ecchymose et, de fait, la tumeur, semblaient dessiner complètement la fosse ischio-rectale, avec ses prolongements antérieurs et postérieur.

Que contient la tumeur ? Du sang, en quantité plus ou moins considérable ; il n'est pas rare d'en retirer 4 à 500 grammes. D'abord fluide, il ne tarde pas à se coaguler. Cependant, il persiste pendant longtemps du sang noir liquide, résiné. Quinze jours après le début de l'affection, nous avons retiré 50 grammes de sang encore liquide. Si on laisse la tumeur évoluer spontanément, elle disparaît par résolution, le sérum est absorbé et le caillot devient de plus en plus dur. Mais si les parois de ce thrombus se mortifient, si la putréfaction ou l'inflammation envahissent la poche hématique, son contenu tombe en un putrilage parfois mélangé de gouttelettes huileuses et de bulles gazeuses, le tout répandant une odeur fétide. C'est la « fonte purulente » des caillots.

CHAPITRE VI

Étude clinique

1° SYMPTOMATOLOGIE

Deux faits dominant toute la symptomatologie du thrombus périvulvaire et en permettent rapidement le diagnostic : Ce sont la douleur et la tuméfaction.

Les choses se passent ordinairement de la façon suivante : Une femme vient d'accoucher et la délivrance s'est opérée spontanément et normalement. Elle repose depuis quelques instants, lorsqu'elle est soudain inquiétée par une douleur sourde, lancinante, siégeant généralement dans la région périnéale. Cette douleur s'accroît progressivement et continuellement, donnant à la malade l'envie de pousser. C'est une sensation de tension de la région vésico-rectale, qui augmente très rapidement d'intensité, et qui fait pousser des gémissements à la malade. Peu à peu, la douleur devient intolérable, la malade pousse des cris et « ne cesse de réclamer un remède à son mal ». Une injection de un centi-

gramme de morphine est souvent nécessaire pour calmer quelque peu les souffrances éprouvées par la femme.

Après avoir atteint très rapidement leur maximum — en une demi-heure — ou une heure, les douleurs diminuent progressivement d'intensité et, quelques heures après (quatorze dans notre observation personnelle), la malade ne présente plus aucun phénomène douloureux, si ce n'est une sensation de tension de la région vulvo-périnéale.

La douleur est un symptôme presque constant. Cependant, il existe des cas — et nous en rapportons des observations — où le thrombus se développe et évolue absolument sans douleurs. Le seul symptôme — mais celui-là absolument pathognomonique — est alors la tuméfaction.

Celle-ci apparaît postérieurement à la douleur. Nous avons relevé des observations dans lesquelles l'accouchée accusait des douleurs périnéo-rectales et où on ne trouvait encore rien à l'examen. C'est généralement une demi-heure ou trois quarts d'heure après le début des douleurs, que l'on aperçoit un léger œdème de la vulve qui ne tarde pas à changer de dimensions, de coloration et de consistance.

La tuméfaction siège généralement à la grande lèvre. C'est d'abord, comme nous venons de le dire, un œdème dur d'une des deux grandes lèvres. Cet œdème augmente et, très rapidement, on a une véritable tumeur, quelquefois diffuse, mais le plus souvent limitée. Son volume peut être très variable : S'il existe des thrombus qui ne dépassent pas le volume

d'un œuf de poule ou d'une mandarine, on en a souvent signalé qui atteignaient la grosseur d'une orange et même d'une tête de fœtus.

Quelle est sa consistance? Si l'on examine le thrombus immédiatement après sa formation, on peut obtenir une sensation de fluctuation ; car, à ce moment, la tuméfaction est encore formée par du sang liquide. Mais en très peu de temps, cette sensation de fluctuation disparaît et on n'a plus qu'une tumeur dure, rénitente, ne donnant plus aucun signe des tumeurs liquides : c'est que le sang s'est coagulé à son intérieur.

Lorsqu'on fait le toucher vaginal quelques heures après la formation du thrombus, on voit que, le plus souvent, celui-ci n'est pas uniquement vulvaire, mais bien vulvo-vaginal. Dans la variété la plus fréquente, en effet, l'épanchement sanguin se fait au-dessous des attaches vaginales du releveur de l'anus. Il est facile de comprendre alors que le doigt, introduit dans la cavité vaginale, pourra fixer nettement la limite supérieure de la tuméfaction. Ses limites antérieures et postérieures seront généralement marquées par la ligne médiane ; car il est extrêmement rare que le thrombus soit bilatéral. La statistique de Cadilhac relève 164 cas de thrombus unilatéraux sur 175 observations publiques.

Le toucher rectal peut également donner quelques renseignements quant aux limites postérieures de la tumeur.

Si la palpation nous permet de donner des limites le plus souvent très nettes à la tuméfaction, il n'en

est pas de même lorsqu'on se contente de regarder. Très rapidement, en effet, se développe une ecchymose qui prend souvent des proportions considérables. Dans le cas que nous avons observé, 8 heures après le début de l'affection, l'ecchymose occupait toute la grande lèvre droite, toute la région périnéale droite, la marge droite de l'anus et remontait jusqu'à la pointe du sacrum. Le lendemain, l'ecchymose occupait toute la fesse droite jusqu'à l'épine sciatique et avait envahi le tissu cellulaire sous-cutané de la région anale gauche.

Champeau donne, sur le même plan que la douleur et la tumeur, un autre symptôme qui, à notre avis, ne peut pas être mis dans la symptomatologie ordinaire du thrombus; mais bien plutôt dans ses complications. Lorsque le thrombus atteint un certain volume, on assiste, dit-il, à tous les phénomènes de shok que l'on observe lors d'une hémorragie abondante : la malade devient pâle, la peau et les muqueuses se décolorent, les extrémités se refroidissent, le pouls devient petit et s'accélère rapidement. Si ces phénomènes ne sont pas rares dans les cas de thrombus pelvi-abdominal, où le sang épanché peut atteindre des proportions énormes, il n'en est pas de même dans les cas de thrombus vulvo-vaginal, à moins que le thrombus ne se rupture spontanément et donne lieu à une hémorragie externe. Mais alors, comme nous l'avons dit plus haut, ce n'est pas un symptôme, mais une complication.

2° EVOLUTION

L'hématome une fois constitué, comment va se faire son évolution? Abandonné à lui-même, il peut suivre deux marches différentes : la résorption ou la rupture.

Très rapidement, l'hématome atteint son volume définitif. Mais le sang épanché peut donner à la tuméfaction une tension considérable. La sérosité sanguine peut traverser le tissu cellulaire sous-cutané et provoquer de véritables phlyctènes. C'est ce que nous avons observé chez notre malade. Mais, malgré ces phénomènes qui indiquent une grande tension à l'intérieur de la poche, on peut encore assister à la résorption du sang.

Malheureusement, cette résorption est très lente et si, au bout de neuf jours (Obs. X) ou de seize jours (Obs. XI), il ne restait plus trace de l'hématome dans les cas que nous rapportons, c'est qu'il s'agissait alors d'hématomes peu volumineux ne dépassant pas la grosseur d'un œuf de poule. Dès que le volume est un peu considérable, la résorption se fait très lentement. Dans l'observation VI que nous rapportons, le thrombus n'avait que très peu diminué un mois et dix-neuf jours après sa formation et une incision fut nécessaire pour en activer la guérison.

D'ailleurs, même lorsqu'elle s'effectue dans les meilleures conditions, cette résorption n'est pas complète et il persiste très souvent un noyau induré de

volume plus ou moins gros, soit dans une lèvre, soit sur les parois latérales du vagin (Obs. X).

Mais généralement, si on abandonne le thrombus à son évolution naturelle, il aboutit rapidement à la rupture (Obs. VII, VIII, XII, XIII, XIV, XV). En un point où la tension cutanée paraît maxima, il se produit une éraillure qui, sous l'influence de la pression intérieure, prend vite de grandes proportions. Par cet orifice ainsi formé, s'échappent du sang noir en plus ou moins grande quantité et de nombreux caillots.

Le plus souvent, l'hémorragie s'est, à ce moment, arrêtée à l'intérieur. Cependant, on a signalé des cas où l'hémorragie continuait en nappe dans la cavité et Wyffels a même rapporté une observation où la femme mourut d'hémorragie consécutive à la rupture du thrombus.

Quelquefois, lorsque le thrombus survient pendant le travail et avant l'expulsion du fœtus, c'est l'extraction de la tête ou une application du forceps (Obs. II), qui occasionnent la rupture. Mais, généralement, dans les cas de thrombus post partum, ce sont les efforts que la femme fait pour pousser qui augmentent la pression à l'intérieur de la poche jusqu'au moment où cède la paroi en son point le plus aminci.

Le thrombus une fois rompu, une porte est ouverte à l'infection et c'est celle-ci qui constitue le principal danger du thrombus vulvaire. La rupture se produit en effet, le plus souvent, au niveau des petites lèvres en arrière et en dedans, tout près du périnée. Malgré

toutes les précautions que l'on peut prendre, il est difficile de préserver cet orifice à l'abri de toute souillure et, par suite, d'éviter l'infection. Celle-ci peut rester localisée et n'intéresser que la poche hématique. On assiste alors à la suppuration de la cavité, à la « fonte purulente » des caillots contenus à son intérieur.

Mais nous avons à faire à une femme qui vient d'accoucher, dont l'utérus n'a pas encore refait sa muqueuse et qui, par conséquent, est dans un état de réceptivité parfaite pour les microbes. Il ne sera donc pas étonnant de voir succéder, à une infection localisée du thrombus, une infection généralisée.

L'observation II en est un exemple. Le thrombus, rompu pendant une application de forceps, s'infecta par la suite. Mais très rapidement, on observa des symptômes d'infection puerpérale avec frissons, pouls rapide, ventre ballonné, etc. Dans cette observation, la malade guérit au bout de deux mois, mais il faut mettre sur le compte de l'infection, toutes les morts attribuées au thrombus vulvaire, qui était regardé autrefois comme une affection très grave.

D'après ce que nous venons de dire, on voit que les principales complications du thrombus vulvaire sont l'hémorragie et l'infection. L'hémorragie, après la rupture de la poche, s'arrête parfois spontanément, mais souvent on est obligé d'intervenir par un traitement approprié (voir plus loin). Elle est quelquefois si abondante, que la femme meurt en quelques instants. Dans certains cas, la mort est survenue faute de secours immédiats ; dans d'autres, les fem-

mes ont succombé malgré les soins les mieux dirigés. Quant à l'infection, elle peut envahir le thrombus même fermé. Quand il est de volume considérable, les parois peuvent s'enflammer et se gangréner par distension des tissus ; la putridité s'empare alors de la poche hématique et la septicémie, avec tous ses dangers, vient mettre la vie de la femme en péril.

3° DIAGNOSTIC

Le diagnostic est facile, d'autant plus qu'on est en présence soit d'une femme enceinte ou en travail, soit d'une nouvelle accouchée. Dans ces conditions, les symptômes ordinaires du thrombus, c'est-à-dire les douleurs et l'apparition rapide d'une tumeur violacée, ne peuvent guère laisser de doutes.

Avec un peu d'attention dans l'examen de la malade et les commémoratifs, on distingue assez facilement un thrombus d'une bartholinite, d'un œdème unilatéral de la vulve dû à la syphilis ou à l'albumine, ou d'un paquet variqueux enflammé. Si la peau de la vulve conserve par exception sa couleur normale, bien qu'elle soit le siège d'un thrombus, on peut croire à l'existence d'une hernie vaginoblabiale, mais, dans ce dernier cas, la sonorité et la réductibilité de la tumeur permettraient de faire le diagnostic.

4° PRONOSTIC

Le thrombus vulvaire était regardé autrefois comme une affection grave. La statistique de Deneux donne 35 pour 100 de mortalité ; celle de Blot, 26 pour 100. Puis, avec Winckel et le début de l'antisepsie, le pronostic s'améliore et la mortalité descend à 12 pour 100. Depuis, grâce à une antisepsie rigoureuse, la gravité du pronostic s'est, de plus en plus, atténuée et on peut dire actuellement que le thrombus vulvaire est une affection bénigne par elle-même. Les seuls cas malheureux observés sont dus à un défaut d'antisepsie et doivent être mis sur le compte de l'infection.

Si le thrombus n'est actuellement pas redoutable pour la mère, il n'en est pas de même pour l'enfant, lorsque l'hématome se produit avant l'accouchement. Il devient souvent, à cause de son volume, une cause de dystocie et on a enregistré des cas (nous en rapportons un, Obs. II), où l'apparition du thrombus provoqua un arrêt des douleurs et créa un obstacle au devant de la tête fœtale, amenant assez rapidement la mort de l'enfant.

CHAPITRE VII

Traitement

Le traitement est à envisager à deux périodes :

a) Avant l'expulsion de l'enfant, ce qui est assez rare ;

b) Après l'accouchement.

I. — Nous avons recueilli quatre observations (II, VII, VIII, IX) dans lesquelles le thrombus s'est produit et manifesté avant l'accouchement. Dans deux cas (Obs. VII et VIII), le thrombus, sous les efforts d'expulsion, se ruptura avant qu'on ait eu le temps d'intervenir.

Dans une troisième observation (Obs. IX), dans la crainte que le thrombus ne fut une gêne importante à l'issue de l'accouchement, l'accoucheur a pratiqué d'abord l'incision de la tumeur. Puis l'accouchement s'est terminé seul sans autre incident.

Enfin, dans l'observation II, un volumineux thrombus vulvo-vaginal, qui s'était produit avant

l'accouchement, paraît avoir été la cause de l'arrêt du travail et a présenté un véritable obstacle à l'expulsion du fœtus. De longues heures se sont écoulées en attendant qu'on puisse porter secours à la malade et l'enfant est mort pendant cette période, alors qu'il est très probable qu'un accouchement un peu hâtif, soit spontané, soit par intervention, aurait sauvé ce dernier. Une application de forceps pratiquée à ce moment a amené la rupture du thrombus.

Il semble bien que, dans les cas où le thrombus précède l'accouchement, il soit voué pour ainsi dire à la rupture et, dans ces conditions, le traitement de choix paraît être l'incision et l'évacuation de la poche, dès qu'elle est nettement constatée et surtout si elle est assez volumineuse pour opposer un obstacle sérieux à l'accouchement.

II. — Le traitement du thrombus vulvaire post-partum vise deux cas essentiellement différents, suivant que la poche hématique est ouverte ou fermée.

1° Si le thrombus est ouvert sur sa face interne et présente un orifice plus ou moins étendu par où se produit une petite hémorragie, il n'y a alors aucune discussion possible. Il faut par cette ouverture — au besoin plus ou moins agrandie par une petite incision surajoutée — évacuer le thrombus de tous les caillots qu'il renferme. Il se produit alors, dans la poche, une hémorragie d'importance variable, suivant la quantité et le calibre des vaisseaux ouverts. Il suffit alors de mettre en jeu tous les moyens d'hémostase pour arrêter cette hémorragie.

Cette hémioſtase ne peut pas être faite dans la profondeur de la poche : l'hémorragie se produit habituellement en nappe et on ne peut songer à pincer les vaisseaux. Le plus simple moyen est de tamponner l'intérieur de la cavité avec une mèche de gaze stérilisée un peu serrée. Cette mèche est enlevée au bout de vingt-quatre heures; généralement, l'hémorragie est complètement arrêtée et la cicatrisation du thrombus poursuit son cours.

Ce moyen semble être préférable à celui, employé parfois, qui consiste à faire un tamponnement vaginal serré et complet de tout le vagin, de façon à appliquer l'une contre l'autre les deux parois de la poche évacuée.

2° Le thrombus vulvaire est complètement fermé. Trois moyens de traitement se présentent à l'esprit :

a) L'expectative prolongée dans l'espérance d'une résorption totale du thrombus ;

b) La ponction du thrombus ;

c) L'incision suivie du curage de la poche.

a) *Expectative prolongée.* — L'expectative prolongée aboutit, pour ainsi dire, fatalement à une disparition progressive de la tuméfaction. Le sang étant enfermé dans une poche étanche, il est peu à redouter, malgré le voisinage de cavités septiques comme le rectum, que cet hématome passe spontanément à la suppuration.

Mais l'expectative ainsi conçue demande, pour

aboutir à la guérison complète, un temps extrêmement long. L'accouchée est immobilisée pendant plusieurs semaines et il y a toujours un intérêt plus ou moins immédiat à chercher à lui rendre son activité normale dans le minimum de temps. Le plus souvent, pendant longtemps, elle conservera au niveau de la région vulvaire, un noyau dur de fibrine concrétée qui ne disparaîtra qu'avec le temps.

Dans le cas que nous avons observé et dans le but de surveiller la rapidité de la résorption, cette première idée a été envisagée pendant quelques jours. Mais il a été constaté, qu'au bout de douze jours, si les phénomènes d'ecchymose, d'infiltration œdémateuse de la région anale et périnéale avaient en grande partie disparu, la tumeur gardait, à peu de choses près, le volume qu'elle avait au début, et l'impression se dégageait très nette que la disparition totale serait extrêmement longue. C'est alors qu'un nouveau moyen de traitement fut envisagé.

b) *Ponction*. — La ponction avec une aiguille un peu grosse, aseptique, peut être essayée pour activer la résorption de la tumeur. Celle-ci, en effet, contient au milieu de caillots plus ou moins concrétés une quantité assez importante d'un sang fluide, noir, résiné. Mais elle est insuffisante pour évacuer les caillots eux-mêmes et, d'autre part, malgré les soins aseptiques dont on peut l'entourer, elle est très facilement l'amorce d'une infection des caillots et d'une suppuration de l'hématome.

Dans notre observation, ce moyen a été pratiqué

à titre d'essai et a été suivi à bref délai d'une légère réapparition des phénomènes douloureux et d'une ascension thermique à 38° et 38°5. La ponction paraît donc un moyen insuffisant et dangereux et elle doit être complètement éliminée du traitement.

c) *Incision de la poche et évacuation des caillots.*

— C'est là indiscutablement le traitement de choix qu'il faut appliquer à cette affection. Le seul point à examiner est la date de l'intervention. Doit-on inciser immédiatement après la formation du thrombus, dans les heures qui suivent l'accouchement, ou a-t-on avantage à attendre, par exemple, vingt-quatre heures pour éviter, dans la plus large mesure, les phénomènes d'hémorragie par ouverture des vaisseaux de la poche ?

L'incision immédiate a pour avantages de supprimer la phase de phénomènes très douloureux qui correspond à la surdistension progressive du thrombus et de mettre la malade dans des conditions de maximum de rapidité de guérison. Il n'y a aucun inconvénient majeur à l'adopter et, surtout si l'on est dans des conditions opératoires favorables, on peut très bien la pratiquer ex-temporairement.

Mais si ces conditions n'existent pas (exemple : accouchement à domicile), il paraît préférable de pratiquer cette incision au bout de vingt-quatre heures ; en premier lieu, pour avoir le temps de s'organiser et de se procurer les moyens de pansement utiles, et aussi et surtout, parce qu'au cours de cette expectative de vingt-quatre heures, les vaisseaux qui

ont été la source de l'hématome s'oblitérent par thrombose et que l'incision ultérieure donnera moins facilement naissance à une hémorragie importante.

L'incision doit être pratiquée immédiatement en dedans, sur la partie interne de la région vulvaire, un peu en avant de l'orifice vaginal, c'est-à-dire au point qui correspond au déplissement des petites lèvres. L'étendue de l'incision doit être de 3 centimètres environ, c'est-à-dire suffisante pour pouvoir passer facilement l'index et pratiquer le curage digital de la cavité. Tous les caillots perceptibles et très facilement détachables seront évacués par cette méthode.

Deux faits peuvent alors se présenter. Ou bien, il ne se produit par l'orifice aucune hémorragie : un pansement sera alors simplement mis à plat sur la vulve.

Si, au contraire, au cours du curage de la poche, des vaisseaux ont été de nouveau ouverts et qu'une hémorragie se produise par l'orifice d'incision, il suffira de tasser modérément dans la cavité une mèche de gaze aseptique qui sera presque toujours suffisante pour faire l'hémostase.

Cette mèche sera enlevée avec précaution au bout de vingt-quatre heures et un pansement à plat sur l'orifice sera appliqué. Ce n'est que, si des phénomènes de suppuration se produisaient, qu'il serait nécessaire de placer un drain.

Nous n'avons eu en vue dans notre étude thérapeutique que les thrombus d'un volume assez considérable pour empêcher la femme de vaquer à ses

occupations ; il est naturel que, lorsque l'hématome ne dépasse pas le volume d'une noix et même d'un œuf de poule, il faudra le traiter par l'expectative.

La résorption, dans ce cas, se fera généralement très rapidement.

CONCLUSIONS

1° Le thrombus vulvo-vaginal est une complication rare de l'accouchement. On peut apprécier environ sa fréquence à un cas sur 3.500 accouchements ;

2° Il se produit dans 4 % des cas, pendant la période de dilatation ; dans 38 % pendant la période d'expulsion ; dans 58 % dans la période de délivrance ;

3° Il survient presque toujours chez les primipares (89 %) ; est beaucoup plus fréquent à droite (78 % dans notre statistique) qu'à gauche et n'est presque jamais bilatéral ;

4° Le traitement doit être envisagé de deux façons différentes suivant que le thrombus apparaît avant ou après l'expulsion du fœtus.

a) Les thrombus existant avant l'expulsion de l'en-

fant peuvent être une cause de dystocie sérieuse et sont à peu près exposés fatalement à la rupture au cours de l'accouchement. Il y a avantage à en faire l'incision, dès que la tumeur est constituée ;

b) Après l'expulsion, il faut rejeter d'une façon absolue la ponction, rejeter aussi l'expectative prolongée dans l'espoir d'une résorption spontanée, et pratiquer l'incision suivie de curage digital de la cavité, soit très peu de temps après l'accouchement, soit de préférence après une courte expectative de vingt-quatre heures.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
COMMANDEUR

VU : *Le Doyen,*
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 22 novembre 1921.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDEBERT et GARIBUY. — Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris. Réunion de Toulouse, 8 novembre 1911, p. 372.
- AUDIBERT (L.P. Henri). — Sur l'épanchement sanguin qui survient aux grandes lèvres ou dans l'intérieur du vagin pendant le travail ou à la suite de l'accouchement. Th. de Paris, 1812.
- BAILLY. — Thrombus de la lèvre gauche, de la vulve et de la paroi correspondante du vagin. (*Archives de tocologie des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés*. Paris 1874, septembre, p. 572).
- BAR. — Les thrombus de la vulve et du vagin. *Journal des Praticiens*, 1910, p. 513.
- BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — *La pratique de l'art des accouchements*, tome II, pages 636 et seq.
- BENDER. — Thrombus et hémorragie très grave au cours d'une bartholinite. (*O.G.P.*, 22 avril 1912).
- BLOT (Hipp.). — Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement. Thèse de concours pour l'agrégation, Paris, 1853.
- BONSIGNORIO. — Contribution à l'étude des thrombus de la vulve et du vagin pendant le travail. Thèse Montpellier, 1888-1889.
- BORIES (Elie). — Thrombus génitaux puerpéraux. Thèse Paris, 1904.

- BREISKY. — Hœmatoma der Scheide. Deutsche Chirurgie von Billroth und Lücke, 1886. Livre LX, page 8.
- P. BUDIN et DEMELIN. — *Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement*, page 974.
- CADILHAC. — Thrombus puerpéral de la vulve et du vagin. Thèse Montpellier, 1894.
- CAUBET (Mlle). — Thrombus vaginal après l'accouchement. *Revue obst. internat.*, 11 décembre 1898, p. 275.
- CAUWENBERGHE. — Thrombus et hématomes vulvo-vaginaux. (*Bulletin Soc. belge gynéc. et obstétric.*, tome XXIII, p. 167).
- CHAMPEAU (Robert). — Contribution à l'étude du thrombus périvulvaire et périvaginal, Paris, 1914.
- COTRET (René de). — Hématomes ou thrombus vulvo-vaginaux. (*Journal de Médecine et Chirurgie, de Montréal*), 14 déc. 1907. In *Semaine gynécologique*, Paris 1908, page 80).
- COULON. — *Gazette des Hôpitaux*, 1888, page 1135.
- CROS. — Le thrombus vaginal. Thèse Toulouse, 1910, N° 923.
- DELASSUS. — *Journal des Sciences Médicales de Lille*, N° 25, du 24 juin 1911.
- DÉLÉPINE. — Deux cas de thrombus de la vulve et du vagin. (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, 1901, p. 587 et 49. In *Sem. Gynec.*, 1902, p. 22).
- DEMELIN. — Obstétrique d'urgence, Paris 1900, p. 113.
- DENEUX. — Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin, Paris 1830.
- DEVOIR. — Contribution à l'étude des thrombus puerpéraux. Thèse Paris, 1896.
- DOLÉRIS. — In *Dictionnaire Jaccoud*, Tome XXXV, pages 502 et seq.
- DUBRISAY et JEANNIN. — Précis d'accouchement, 2^e édit., Paris 1905, p. 320.
- DUGÈS (Ant.). — *Manuel d'obstétrique*, Paris 1840, p. 234.
- FABRE. — *Précis d'obstétrique*, p. 595.
- FABRE. — Nouvel exemple d'une rupture d'un thrombus de la vulve (moyen d'arrêter l'hémorragie). *Revue Médico-Chirurgicale de Paris*, 1850, p. 173.
- FABRE et RHENTER. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*. Réunion de Lyon, N° 6, 1920, page 538.

- FUNCK-BRENTANO. — Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, 11 janvier 1909, p. 9.
- GAULARD et BUÉ. — Accouchements et maladies des femmes en couches. Paris 1901, p. 168.
- HERVIEUX — *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales*. Paris 1870, p. 457.
- HUBERT DE LOUVAIN (L. H.). — Cours recueillis par son élève de Cooman 1863-1864, page 1075.
- JACQUEMIER. — *Manuel des accouchements*. Paris 1846, t. II, p. 316.
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité Médico-Chirurgical de Gynécologie*, tome I, p. 240 et seq.
- LABORIE. — Mémoire sur le thrombus vulvo-vaginal puerpéral, 1860.
- LEGOUAIS. — *Dictionnaire des Sciences Médicales*, Paris 1821, t. LV, p. 118.
- LEPAGE. — Un cas de thrombus périnéal après un accouchement spontané (O.G.P., Paris. Séance du 6 avril 1903, p. 60).
- LIBOV (B.A.). — Un cas d'hématome de la vulve (*Wratch*, 1899, N° 24).
- LYVOFF. — De l'hématome de la vulve et du vagin. (*Zeitschrift f. geburt. gynæk.*, Bd XIII, heft 1, 1887).
- MALAPERT et BARNSBY. — Thrombus vulvo-vaginal. *Poitou Médical*, N° 3, mars 1913.
- MAX (Georges). — Contribution à l'étude du thrombus génital puerpéral. Thèse Paris, 1910.
- MARTIN (jeune) de Lyon. — Mémoires de Médecine et de Chirurgie, Paris, 1835.
- MAYGRIER. — Des thrombus de la vulve et du vagin. *Journal des Praticiens*, 13 avril 1904.
- MOUSSAUD. — Des varices de la vulve et des hémorragies consécutives à leur rupture. Thèse, Paris, 1889.
- OUI. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*. Réunion de Lille, 1912, p. 638.
- PAQUY (E.). — *Manuel de pratique obstétricale*. Paris 1910. p. 329.
- PERRET (Paul). — Des tumeurs sanguines intrapelviennes

- pendant la grossesse normale et l'accouchement. Paris, 1864.
- PERREYMOND (de Toulon). — Thrombus puerpéral de la vulve et du vagin. (*Annales de Gynécologie*, Paris, fév. 1888, p. 97).
- PHILIPPON. — Des hématomes de la vulve et du vagin. Thèse Paris, 1900.
- PINARD. — *Bulletin Médical*, Paris 1906, N° 53.
- PINARD. — Etude clinique du thrombus puerpéral. Diagnostique. Evolution. Traitement. *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*, oct. 1911, p. 359.
- PLAYFAIR (W.S.). — *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*. (Traduit de la 2^e édit. anglaise, parue en déc. 1878, par le Docteur Vermeil. Paris 1879, p. 483).
- P.M.C. — *Nouvelle pratique médico-chirurgicale illustrée*, Paris 1911, tome VIII, p. 1049.
- POPULUS. — Thèse de Paris, 1857.
- POTOCKI. — Thrombus vulvo-vaginal survenu au 3^e jour des couches, peu après une injection intraveineuse de collargol. (Compte rendu de la Société d'O.G.P. de Paris, février 1910, p. 73).
- POTOCKI et SAUVAGE. — *Annales de gynécologie*, 1913.
- POTTET, LÉVY et CHAMPEAU. — Communication à la Société d'O.G.P. de Paris, du 11 décembre 1911, p. 472.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*, tome II, p. 1290 et seq.
- QUEIREL. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1895, p. 224.
- RÉCAMIER. — *Journal de Médecine et Chirurgie pratiques*, octobre 1855.
- RIBEMONT, DESSAIGNE et LEPAGE. — *Précis d'obstétrique*, p. 953 et seq.
- ROBUCHON. — Thrombus de la lèvre gauche de la vulve. Rupture partielle de la tumeur sanguine au moment de l'accouchement. Hémorragie consécutive. *Archives de toxicologie des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés*, Paris, mars 1875, p. 186).
- RUSTHON PARKER. — *Brit. Med. J.*, 28 mai 1887. Deux observations résumées dans *Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie*, N° 23, 25 août 1887, p. 435.

- SCANZONI (F.W. de). — *Traité pratique des Maladies des organes sexuels de la femme*. (Traduction des Docteurs H. Dor et A. Socin. Paris 1858, p. 498).
- SCHACHMAN. — Le thrombus du vagin chez les femmes enceintes. Thèse de Paris, 1898.
- SOSANOFF. — *Annales de Gynécologie*, 1884, p. 447.
- STEPANOFF (Mme Sophie). — Contribution à l'étude des thrombus puerpéraux. Thèse de Paris, 1902.
- TARNIER et BUDIN. — Article sur le thrombus de la vulve et du vagin.
- TARNIER et BUDIN. — *Traité de l'art des accouchements*, Paris, 1898, tome III, p. 660 et 680.
- VALLOIS. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*. Réunion de Montpellier, 1912, p. 390.
- VELPEAU (Alf.). — *Traité complet de l'art des accouchements*. Paris, 1835. 2^e édition, p. 214.
- VELPEAU. — *Dictionnaire de Médecine*. Paris, 1846. 2^e édition. Tome XXX, p. 268.
- VINAY. — Thrombus de la vulve au 6^e mois. (*Lyon Médical*, 26 septembre 1897, p. 152).
- VINCENT. — Traitement des thrombus vaginaux. (*Lyon Médical*, 1890, p. 385).
- VOUTERS. — Un cas de thrombus vulvaire pendant la grossesse. (*Société d'obstétrique de Paris*. Réunion de Lille, 1910, 28 déc., p. 78).
- WIMPHEIMER. — Zur Oëtiologie der Hæmatoma vulvæ et vaginæ. *Archiv. für Gynäk*, 1910, t. XCII, p. 281.
- WRIGHT (A.L.). — Hématome de la vulve et du vagin. (Analyse dans l'*Obstétrique*, nov. 1902. *Ann. Gyn. a Pædiatrie*, Boston 1900. XIII, 731-740).
- WYFFELS. — Rupture d'un thrombus de la vulve pendant l'accouchement, suivie d'une hémorragie mortelle. (*Revue médico-chirurgicale de Paris*, 1849, t. V, p. 370).

